

Azienda S.p.A.	SEGNALAZIONE DI INCIDENTE-INFORTUNIO	MOD 08.01 Rev. 0
-----------------------	---	---------------------

RAPPORTO D'INFORTUNIO <input type="checkbox"/> (che abbia comunque coinvolto almeno una persona)		INCIDENTE NON INFORTUNIO <input type="checkbox"/> (che non abbia causato infortuni a persone)	
Reparto:		Luogo esatto dell'evento:	
E' IL REPARTO DOVE OPERA L'INFORTUNATO? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Se no, perché l'infortunato si trovava lì in quel momento?			
Cognome, Nome, Data e luogo di nascita dell'infortunato/del segnalatore Cognome: Nome: Data e luogo di nascita: Nazionalità italiana <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no Comprensione della lingua italiana <input type="checkbox"/> Buona (livello normale) <input type="checkbox"/> Sufficiente (comprensione di discorsi articolati) <input type="checkbox"/> Scarsa (comprensione di concetti essenziali) <input type="checkbox"/> Minima (comprensione di gesti e alcune parole)			
IL SOGGETTO E' UN NEOASSUNTO? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		IL SOGGETTO E' DA CONDIDERARE ESPERTO? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Mansione dell'infortunato/segnalatore			
Data dell'evento: Giorno della settimana in cui è avvenuto l'infortunio <input type="checkbox"/> Lunedì <input type="checkbox"/> Martedì <input type="checkbox"/> Mercoledì <input type="checkbox"/> Giovedì <input type="checkbox"/> Venerdì <input type="checkbox"/> Sabato <input type="checkbox"/> Domenica Prefestivo/postfestivo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Orario: Turno: Dopo quante ore dall'inizio del turno:	

Compilazione a cura del Preposto

Azienda S.p.A.	SEGNALAZIONE DI INCIDENTE-INFORTUNIO	MOD 08.01 Rev. 0
----------------	--------------------------------------	---------------------

DESCRIZIONE DELL'INFORTUNIO / INCIDENTE E DEI SUOI ESITI	
1 – forma di accadimento:	
2 – agente materiale (attrezzo - macchinario - materiale – sostanza pericolosa - ecc... coinvolto nell'incidente):	
<input type="checkbox"/> dispositivi di sicurezza e protezioni presenti al momento dell'infortunio <input type="checkbox"/> dispositivi di sicurezza e protezioni rimosse al momento dell'infortunio	
3 – sede della lesione che si è/si poteva verificare:	
4 – natura della lesione che si è/si poteva verificare:	
Testimoni oculari: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (<u>In caso di infortunio</u> indicare nominativi dei testimoni e firma):	
Descrizione dei testimoni:	
Medicato in stabilimento SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> L'infortunato abbandona il lavoro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> L'infortunato usava i DPI ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> I DPI hanno protetto adeguatamente ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> se no perché?:	
Infortunio che ha coinvolto più di una persona: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cognome e nome degli altri infortunati: (nota – compilare un modulo come questo per ogni infortunato)	
GIORNI DI ASSENZA RELATIVI ALLA PRIMA PROGNOSI:	
GIORNI DI ASSENZA ATTRIBUITI SUCCESSIVAMENTE:	
<u>In caso di infortunio</u> Dichiarazione dell'infortunato:	
Firma dell'infortunato:.....	

Compilazione a cura del Preposto

Azienda S.p.A.	SEGNALAZIONE DI INCIDENTE-INFORTUNIO	MOD 08.01 Rev. 0
-----------------------	---	---------------------

<p align="center">PROVVEDIMENTI TECNICI ED ORGANIZZATIVI IMMEDIATI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE</p> <p>Procedure di Sicurezza:</p> <p>Azioni d'informazione/formazione:</p> <p>Altro (eventuale scheda individuale di destinazione lavorativa)</p>	A cura dell'R.S.P.P.
<p align="center">ANALISI DELLE CAUSE CHE HANNO DETERMINATO L'INFORTUNIO / INCIDENTE</p> <p align="center">ATTREZZATURE DI LAVORO, IMPIANTI E LOCALI</p> <p><input type="checkbox"/> Carenza strutturale di sicurezza della macchina/attrezzatura</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivi di protezione/sicurezza presenti ma inadeguati</p> <p><input type="checkbox"/> Rimozione di sistemi di sicurezza</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizzo improprio di attrezzature</p> <p><input type="checkbox"/> Carenza di manutenzione</p> <p><input type="checkbox"/> Carenza di sicurezza dell'area in cui è accaduto l'infortunio (passaggi stretti, materiali in deposito, pavimenti scivolosi, scale inadeguate, ecc)</p> <p><input type="checkbox"/> Altro</p>	Compilazione a cura del Preposto

Azienda S.p.A.	SEGNALAZIONE DI INCIDENTE-INFORTUNIO	MOD 08.01 Rev. 0
-----------------------	---	---------------------

<p style="text-align: center;">COMPORTAMENTI</p> <p><input type="checkbox"/> Procedure di lavoro non corrette (in presenza di specifiche procedure di lavoro)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mancato utilizzo di DPI</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti non corretti da parte del personale (escluso il soggetto infortunato)</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamenti non corretti da parte del soggetto infortunato</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">FORMAZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Assenza di formazione del soggetto infortunato</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Assenza di formazione di altri soggetti che hanno determinato l'infortunio</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">ALTRE CAUSE</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Compilazione a cura del Preposto
Firma del compilatore (preposto):	
<p style="text-align: center;">PROVVEDIMENTI DEFINITI DALL'R.S.P.P.</p> 	Compilazione a cura dell'R.S.P.P.
Firma dell'R.S.P.P.:	